

POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PODĽA § 6 ZÁKONA č. 576/2004 Z. z.

RDG VYŠETRENIE

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA/PACIENTA:

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (PEČIATKA):

(vypísať alebo nalepiť identifikačné údaje z NIS)

MENO A PRIEZVISKO:

RODNÉ ČÍSLO:

BYDLISKO:

CIEĽ DIAGNOSTICKÉHO/LIEČEBNÉHO POSTUPU:

Skiagrafia/Skiaskopia je snímkovanie časti ľudského tela s pomocou röntgenového žiarenia. Slúži na rádiologické zobrazenie hrudníka, brucha a skeletu. Ide o vyšetrenie, využívajúce zobrazovacie technológie, na diagnostikovanie a liečenie choroby.

OPIS VÝKONU:

Skiagrafia/Skiaskopia je diagnostické zobrazovacie vyšetrenie, realizované na základe indikácie ošetrojúceho/odosielajúceho lekára, pri ktorom sa používa lekárske ožiarenie na základe zákona č. 87/2018 Z. z. a podľa Štandardných postupov na vykonanie lekárskeho ožiarenia. Pri vyšetrení sa využíva röntgenové žiarenie s maximálnym dodržaním štandardných a doporučených radiačných dávok pri lekárskom ožiarení v zmysle platnej legislatívy. Benefit vyšetrenia významne prevyšuje riziko.

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU RDG:

U žien sa na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplní nasledujúci dotazník, kde pacientka uvedie skutočnosti, o ktorých svojím podpisom potvrdzuje, že sú pravdivé a nič nezamlčala:

tehotná ÁNO / NIE

dojčiaca matka ÁNO / NIE

DÔLEŽITÉ SKUTOČNOSTI PRE LEKÁRA:

ALERGIE, KTORÉ SÚ PACIENTOVI ZNÁME

INÉ

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE:

ALTERNATÍVA VÝKONU – možnosť voľby navrhovaného postupu:

☐ **NEEXISTUJE**

Pacient/ ka/zákonný zástupca pacienta/ iná oprávnená osoba týmto vyhlasujem, že mi bolo ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom poskytnuté poučenie o mojom súčasnom zdravotnom stave a o zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, v zmysle § 6 zák. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

Vyhlasujem, že poučeniu som v plnom rozsahu porozumel/a, bolo mi poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, a potvrdzujem pravdivosť údajov poskytnutých v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom som bol/a oboznámený/á s možnosťou odmietnutia poučenia a s rizikami jeho odmietnutia, túto možnosť som sa rozhodol/la nevyužiť. Podpisom vyhlasujem, že som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil/a žiadne skutočnosti, prípadne ochorenia alebo ťažkosti, pre ktoré som sa liečil/a, ktoré mi boli diagnostikované, resp. ktoré v súčasnosti mám, a poskytol/la som všetky údaje o používaných liekoch.

Vyhlasujem, že nie som pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená v rozhodovaní o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V rozsahu svojej žiadosti som bol/a poučený/á aj o možných komplikáciách v súvislosti s liečebným procesom.

Beriem na vedomie, že v prípade, ak mi počas liečby nebudú zrozumiteľné niektoré skutočnosti súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, mám možnosť požiadať ošetrujúceho lekára o ďalšie vysvetlenie, ku ktorému bude vyhotovený záznam v zdravotnej dokumentácii. Prípadne môžem svoj súhlas kedykoľvek odvolať.

Na základe poučenia a zváženia všetkých okolností

☐ **SÚHLASÍM**

☐ **NESÚHLASÍM**

s poskytnutím zdravotnej starostlivosti s navrhovanými liečebnými, diagnostickými, operačnými a ošetrovateľskými postupmi a postupmi pre podporu bezpečnosti pacienta a

☐ **SÚHLASÍM**

☐ **NESÚHLASÍM**

s vyhotovením fotodokumentácie / obrazového záznamu jednotlivých častí tela výlučne na účel zaznamenávania zdravotného stavu v súvislosti s navrhovanými diagnostickými a liečebnými postupmi, pričom fotodokumentácia sa stane súčasťou zdravotnej dokumentácie.

Zároveň:

☐ **SÚHLASÍM**

☐ **NESÚHLASÍM**

☐ **N/A**

s účasťou študentov stredných a vysokých škôl na mojom liečebnom procese a s nazretím do zdravotnej dokumentácie, v rámci ich prípravy na budúce povolanie zdravotníckeho pracovníka v rozsahu zmluvných podmienok medzi školou a zdravotníckym zariadením.

V

DŇA:

HOD.:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU*

**MENO A PRIEZVISKO, PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA/
OŠETRUJÚCEHO ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA**

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU* /SVEDKA**:

MENO A PRIEZVISKO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

MENO A PRIEZVISKO SVEDKA:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

PODPIS:

FUNKCIA:

PODPIS:

* V prípade, ak je na udelenie informovaného súhlasu príslušný zákonný zástupca pacienta, vyplní sa povinne údaj o zákonom zástupcovi.

** V prípade, ak si to okolnosti vyžadujú (vyjadrenie súhlasu inou, ako písomnou formou, odmietnutie podpísania informovaného súhlasu a pod.), vyplní sa údaj o svedkovi.